

### CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Subsemnata/ul.....

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
sector.....,localitatea.....,județul.....,telefon.....,  
având diagnosticul ..... sunt de acord să urmez tratamentul cu

INSULINA: .....

Precum și

- monitorizare glicemică continuă
- utilizarea pompei de insulină fără sistem de monitorizare glicemică
- utilizarea pompei de insulină cu sistem de monitorizare glicemică inclus

1.Am fost informat/ă asupra conținutului, importanței și consecințelor administrării acestei terapii.

2.Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

3.Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului, să răspund la întrebări și să semnez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei, inclusiv alergiile.

4.Pentru situația în care decid să renunț la tratamentul prin pompa de insulină și / sau la sistemul de monitorizare glicemică continuă, mă oblig să le returnez, împreună cu consumabilele nefolosite, în stare bună de funcționare, la Centrul Regional.

5.Am fost informat și accept criteriile de întrerupere a tratamentului cu pompă de insulină și/sau sistemul de monitorizare glicemică continuă.

6.Am preluat pompa de insulină / setul de monitorizare glicemică continuă / pompa cu sistem de monitorizare glicemică inclus cu seria/seriile Nr. ....

Nr.....

Medicul specialist care a inițiat tratamentul/sistemul de monitorizare

Unitatea sanitară unde s-a inițiat tratamentul/ sistemul de monitorizare

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:

1. Ați discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care îl veți urma/ sistemul de monitorizare?

DA / NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile acestui tratament/ sistem de monitorizare?

DA / NU

3. Sunteți de acord să urmați acest tratament/ sistem de monitorizare?

DA / NU

Data .....

Semnătura pacientului .....

Părinte / Tutore .....

Semnătura medicului care a eliberat dispozitivul/dispozitivele.....

Prelucrarea datelor cu caracter personal, se realizează în conformitate cu prevederile regulamentului (UE)nr. 679/2016 și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.